

« Fiche d'aide à la décision et à l'orientation d'un patient âgé vivant en EHPAD en cas d'événement médical aigu grave (applicable COVID-19) »

PARTIE 1 : PROCÉDURE LÉGALE

Ce document synthétise la réflexion de projet de soins de **M, Mme** né le

Il est élaboré sous la responsabilité d'un médecin thésé, le **Dr**.....

Ce document constitue une aide pour les soignants et médecins de garde, quant à la conduite à tenir en cas d'événement aigu. La volonté du patient doit être respectée au mieux. **Le médecin de garde reste juge de ses décisions face à la situation qui se présente. Une réévaluation régulière est indispensable.**

Si le patient est apte à exprimer sa volonté, son avis est prioritaire sur les directives anticipées et sur le témoignage de la personne de confiance.

Si le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté :

- s'il existe des directives anticipées cohérentes avec la situation, le médecin doit les appliquer. Leur contenu prime alors sur les avis et témoignages.
- si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le médecin doit mettre en œuvre une **procédure collégiale*** pour décider ne pas les appliquer.
- en l'absence de directives anticipées, une **procédure collégiale*** s'impose lorsque le médecin envisage de limiter ou d'arrêter un traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

* La procédure collégiale implique l'examen de la situation au regard des critères médicaux en concertation avec les membres présents de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, si elle existe, et le recueil de l'avis motivé d'un médecin consultant (loi n° 2016-87 du 2-02-2016 et décret n° 2016-1066 du 3 août 2016).

VOLONTÉ DU PATIENT :

Patient apte à exprimer sa volonté	Patient non apte à exprimer sa volonté
Information éclairée sur situation et projet médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Y a-t-il des directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quelles sont ses volontés concernant le projet thérapeutique :	Y a-t-il une personne de confiance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Procédure collégiale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il une personne de confiance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Quel est le témoignage de la volonté du patient par sa personne de confiance, ou à défaut par sa famille ou ses proches:

PARTIE 2 : CRITÈRES PRONOSTIQUES

Comorbidités principales (pathologies chroniques, sévérité) :

Evolution récente du statut fonctionnel :

ADL**	Toilette	Habillage	Contenance	WC	Locomotion	Alimentation	
Score J-15							/6
Score M-1							/6

IADL** Score J-15 /8

Statut nutritionnel : Perte de poids sur les 3 derniers mois : < 3kg > 3kg
 Pas de dénutrition Dénutrition modérée Dénutrition sévère

Critères pronostiques gériatriques à considérer pour une aide à l'orientation en réanimation :

	Oui	Non
Dépendance (ADL < 5/6)		
Malnutrition sévère		
Maladie chronique sévère		
Polypathologie		

En l'absence d'informations accessibles, le doute doit bénéficier au patient et une réanimation d'attente doit être mise en place en attendant une réévaluation précoce.

En cas de décision de non transfert en réanimation, des soins appropriés doivent être apportés, sans âgisme ni obstination déraisonnable.

**PARTIE 3 : DONNÉES POUR AIDE À LA DÉCISION DU MÉDECIN DE GARDE
QUI RESTE JUGE DE SES DÉCISIONS
EN CAS D'AGGRAVATION DU PATIENT**

	1 ^{ère} évaluation Date :	2 ^{ème} évaluation Date :	3 ^{ème} évaluation Date :	4 ^{ème} évaluation Date :
Médecin responsable <i>nom et signature</i>				
En cas de procédure collégiale, médecin consultant				
PROPOSITIONS MÉDICALES	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Débuter une réanimation cardio-pulmonaire en cas d'ACR				
Transfert à l'HÔPITAL				
Maintien du patient à l'EHPAD pour prise en charge médicale sur site malgré la présence de critères d'hospitalisation				
Maintien du patient à l'EHPAD pour des soins palliatifs de fin de vie en lien avec les équipes ressources (HAD, réseaux de soins palliatifs...)				

** Grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne de Katz, Activities of Daily Living (ADL). Référence : Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 21: 914-9.

*** Grille d'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton, Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Référence : Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-86.

Fiche institutionnelle de 2012 actualisée et adaptée par les Drs Mitha, Gavazzi et Drevet. Validation le 18-03-2020 par le Groupe institutionnel pluri-professionnel Droit des patients- Fin de vie CHUGA